

支給支払決議書		常務理事	事務長		担当	
支給額		円	資格取得	年	月	日
支給内訳	法定	円	資格喪失	年	月	日
	付加	円	支払年月日	年	月	日

被保険者  
被扶養者

## 療養費支給申請書

提出日 年 月 日

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号		被保険者の氏名 (申請者)		①	
		番号		生年月日	昭・ 平・令	年 月 日	
	被保険者の住所 (申請者)	〒					〒
	事業所の名称						
	申請が被扶養者 に関するもので あるとき	氏 名			生 年 月 日		続 柄
					昭・ 平・令		年 月 日
	傷 病 名			発病又は負傷 の年月日	令和 年 月 日		入院 ・ 外来
	発病又は負傷の 原因						
	診療を受けた病院等の名称及び 所在地	名称				医師の 氏名	
		住所					
	診療の期間又は 装具を装着した 日	令和 年 月 日から		日間	診療に要 した費用 の額	円	
		令和 年 月 日まで					
	※ 装具装着の場合は装着日をご記入下さい						
	診療の内容						
	療養の給付を受け ることができ なかった理由						
第三者の行為によ って負傷した ものであるか否 か	ある	第三者の行 為によ って 負傷した ときは	第三者の氏名				
	ない		第三者の住所				
振込先金融機関	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small> <b>●上記以外は、届出いただいている口座へお振込みいたします。</b> <small>→お届け頂いていない場合は別途「健康保険給付金振込先届」にて申請ください。</small>						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業所へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ) ※任意継続被保険者についてはチェック扶養							